·论　　著·

先兆流产孕妇初次住院健康管理的患者旅程地图构建

陈鹏[1]，林琳[1]，张纹[2]，金立莉[3]，李悔[4]

摘要：目的 构建先兆流产孕妇初次住院期间健康管理的患者旅程地图，为制订阶段化的精准化护理措施提供参考。**方法** 采用目的抽样选取14例先兆流产初次住院孕妇为研究对象，采用描述性质性研究方法，从入院至出院进行全程非参与式观察与半结构式访谈，运用定向内容分析法对资料进行分析。**结果** 按诊疗时间轴，从行为、情绪、需求点3个维度将先兆流产孕妇初次住院期间健康管理需求归纳为32个主题，并绘制患者旅程地图。**结论** 患者旅程地图可直观呈现先兆流产孕妇初次住院期间的健康管理轨迹与阶段需求，识别其情绪低谷与支持缺口，为临床分阶段精准护理提供参考。

关键词：先兆流产；　孕妇；　初次住院；　健康管理；　情绪；　患者旅程地图；　质性研究；　护理

中图分类号：R473.71　**DOI：**10.3870/j.issn.1001-4152.2026.19.034

Development of a patient journey map for health management during first hospitalization in pregnant women with threatened miscarriage

Chen Peng, Lin Lin, Zhang Wen, Jin Lili, Li Hui. Department of Obstetrics and Gynaecology, Union Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430022, China

Abstract: Objective To develop a patient journey map of health management during the first hospitalization of pregnant women with threatened miscarriage, and to provide a reference for developing phase-specific precision nursing interventions. **Methods** Fourteen pregnant women with threatened miscarriage during their first hospitalization were recruited by purposive sampling. A descriptive qualitative design was adopted; non-participant observation and semi-structured interviews were conducted from admission to discharge, and data were analyzed using directed content analysis. **Results** Along the clinical timeline, health management needs were grouped into 32 themes across three dimensions: behavior, emotion, and needs, and a patient journey map was constructed. **Conclusion** The patient journey map visually depicts the health management trajectory and stage-specific needs of pregnant women with threatened miscarriage during their first hospitalization, identifies emotional lows and support gaps, and provides a reference for phase-specific precision nursing.

Keywords: threatened miscarriage; pregnant women; first hospitalization; health management; emotion; patient journey map; qualitative research; nursing

先兆流产是指妊娠28周前出现少量阴道流血，常为暗红色或血性白带，伴阵发性下腹痛或腰背痛，而无妊娠物排出[1]。近年来，受生育年龄推迟、生活节奏加快、工作压力增大等多重因素影响，其发病率呈上升趋势[2]。先兆流产起病急骤、预后不确定，胎儿尚无宫外存活能力，孕妇住院期间易产生恐惧、焦虑等负性情绪，同时面临睡眠障碍、家庭关系紧张等问题[3-4]，可能增加流产、子宫大出血等不良妊娠结局的风险[5-6]。尤其是初次诊断先兆流产的孕妇，住院期间不仅面临疾病本身的生理挑战，还需应对角色转换、疾病认知、症状管理、情绪调适等多重健康管理任务。然而，既往主要关注先兆流产的妊娠结局预测及临床干预效果研究[4-7]，对孕妇住院期间不同诊疗阶段体验与照护需求的整体呈现仍显不足。旅程地图作为一种以患者体验为中心的可视化工具[8]，可系统呈现孕妇心理与需求的变化规律，优化照护流程、强化环节衔接、提升护理服务的针对性与连续性，已用于慢病管理、肿瘤照护[9-10]等领域。鉴此，本研究参照旅程地图构建方法[11]，绘制先兆流产孕妇初次住院期间的健康管理旅程地图，旨在为构建精准化、连续性健康支持体系提供参考。

1　对象与方法

1.1　对象　选取2025年6—12月在我院住院的先兆流产孕妇为研究对象。纳入标准：①年龄≥20岁；②符合第10版《妇产科学》[1]先兆流产诊断标准；③初次住院且住院时间≥1周；④知情同意，自愿参加本研究。排除标准：①伴有严重器质性疾病、精神疾病；②存在重度子痫前期、心脏病等严重妊娠合并症。剔除住院期间发生难免流产或主动要求退出者。基于资料饱和原则和最大差异化原则，选取年龄、孕周、病情特征、照顾者类型、住院时间不同的受访者14例（P1～P14）进行访谈，受访者一般资料见表1。本研究经医院伦理委员会审核批准：〔2025〕伦审字（0422）号。

作者单位：华中科技大学同济医学院附属协和医院1.妇产科2.肾内皮肤科3.甲乳外科4.团委（湖北 武汉，430022）

通信作者：林琳，752562503@qq.com

陈鹏：女，本科，主管护师，1270097687@qq.com

科研项目：中国社会工作联合会医务社会工作专业委员会2025年度医务社会工作研究课题（20250314）

收稿：2026-04-20；修回：2026-07-10

表 1 受访者一般资料

编号	年龄(岁)	孕周(周)	文化程度	职业	产次(次)	主要诊断	住院时间(d)	主要照顾者
P1	32	22^{+4}	高中	自由职业	0	先兆流产、妊娠合并宫颈功能不全、强直性脊柱炎、宫颈赘生物	35	配偶
P2	29	23^{+5}	大专	公司职员	1	先兆流产、中度贫血、肾结石	14	侄女
P3	30	17	本科	公司职员	1	先兆流产、前置胎盘	7	婆婆
P4	37	15	大专	公司职员	0	先兆流产	27	婆婆
P5*	38	20^{+3}	中专	务农	1	先兆流产、妊娠合并糖尿病	18	无陪护
P6	29	26^{+6}	高中	公司职员	0	先兆流产	10	婆婆
P7	29	23^{+1}	本科	护士	0	先兆流产、胎儿宫内窘迫	20	配偶
P8	28	17^{+1}	大专	幼教	0	先兆流产	10	配偶
P9	26	13^{+3}	硕士在读	学生	0	先兆流产	24	妈妈
P10	36	24^{+1}	大专	无业	1	先兆流产	7	婆婆
P11*	31	21^{+4}	高中	职员	2	先兆流产、妊娠合并高血压	7	护工
P12	30	25^{+4}	大专	个体	0	先兆流产、妊娠合并宫颈息肉	40	妈妈
P13*	40	10	本科	无业	0	先兆流产、试管婴儿、双胎妊娠、下肢深静脉炎	26	婆婆
P14	23	9^{+1}	大专	个体	0	先兆流产、试管婴儿	7	婆婆

注：* 妊娠结局为早产活产，其余受访者为足月活产。

1.2 方法

1.2.1 非参与式观察与情绪日志记录 由 2 名经统一培训的产科护士对 14 例孕妇从入院至出院行全程非参与式观察，记录关键诊疗事件、行为反应及情绪状态。同时采用情绪日志法追踪孕妇情感变化，每次经历对情绪有显著影响的诊疗事件后，指导孕妇采用 5 级评分法自评情绪：1 分＝极度焦虑、恐惧，2 分＝明显焦虑、不安，3 分＝平静但担忧，4 分＝稍有放松，5 分＝安心、稳定。并记录事件及情绪变化原因。日志由孕妇独立填写，研究者次日回收。

1.2.2 访谈法 采用描述性质性研究方法，对所有孕妇进行半结构式访谈。①制订访谈提纲。经文献回顾与课题小组讨论，拟订访谈提纲初稿，对 2 例孕妇进行预访谈修订后形成访谈提纲：a. 请您回顾一下，此次住院以来经历了哪些重要的事情？b. 住院期间，有没有哪件事让您感到特别担心或害怕？能具体说说当时的情况吗？c. 住院期间您遇到哪些困难或障碍，您尝试用哪些方法应对？d. 住院期间，哪些人对您的帮助最大？具体做了什么让您感到被支持？e. 回顾这次住院，您希望医护人员可以提供哪些帮助？您有什么建议？②访谈前 1 d 告知孕妇目的、内容及保密原则并签署知情同意书。出院当日由 2 名研究者在安静私密的会议室访谈，经同意后录音并记录非语言信息，每次 20～30 min。访谈中孕妇情绪波动即暂停访谈，进行安抚，由其决定继续或改期；反应严重者通知主管医生及心理科会诊。③资料分析方法。访谈结束 24 h 内对录音资料进行转录和整理。由 2 名研究者分别采用定向内容分析法[12]，对访谈资料进行独立编码和归类，逐条核对分析结果，分歧时经讨论达成一致，必要时由第 3 名研究者裁定，最终形成主题。

2 结果

2.1 非参与式观察结果 对 14 例孕妇情绪日志中记录的所有触发事件进行归类与频次统计，识别高频发生且对情绪有显著影响的事件，经研究小组讨论后确定 8 个关键诊疗节点，关键诊疗节点情绪评分见表 2。

表 2 关键诊疗节点情绪评分

诊疗节点	例数	情绪评分($\bar{x}\pm s$)	评分范围
办理入院	14	2.20±0.55	1～3
首次病情解释后	14	1.70±0.42	1～2
首次用药后	14	2.45±0.50	2～3
病情反复	8	1.50±0.53	1～2
告知病情稳定	14	3.90±0.90	2～5
通知出院	14	4.05±0.70	3～5
出院指导	14	2.40±0.50	2～3
办理出院	14	3.30±0.58	2～4

2.2 构建旅程地图

在前期非参与式观察与深度访谈的基础上，以 8 个关键诊疗节点为阶段划分依据，将先兆流产孕妇初次住院健康管理旅程按时间轴划分为确诊入院期、治疗适应期、稳定观察期、出院准备期 4 个阶段。从行为、情绪、需求点 3 个维度，共析出 32 个主题。基于上述框架，形成先兆流产孕妇初次住院健康管理旅程地图，见图 1。

2.2.1 确诊入院期

2.2.1.1 行为 ①选择就医路径。孕妇出现阴道流血、腹痛等异常症状后，多数孕妇面临就诊医院、科室、医生的选择。P9：“不清楚哪家医院、哪位医生更擅长保胎治疗，手机上查了很久才决定来这里。”P1：“我直接去了急诊科，后续又等着产科专家去会诊。”②沟通治疗方案。多数孕妇对疾病认知不足，被动依赖医生决策。P3：“不清楚自己适合哪种治疗方式，一切听医生安排。”P5：“担心自己判断出错影响胎儿，主要是配合治疗。”③自我限制活动。入院后孕妇普遍主动减少活动量，严格卧床休息。P10：“发现出血，我就不敢走路了，坐轮椅来办理入院的。”P13：“除了上厕所其他时候都躺在床上，不敢翻身不敢动。”

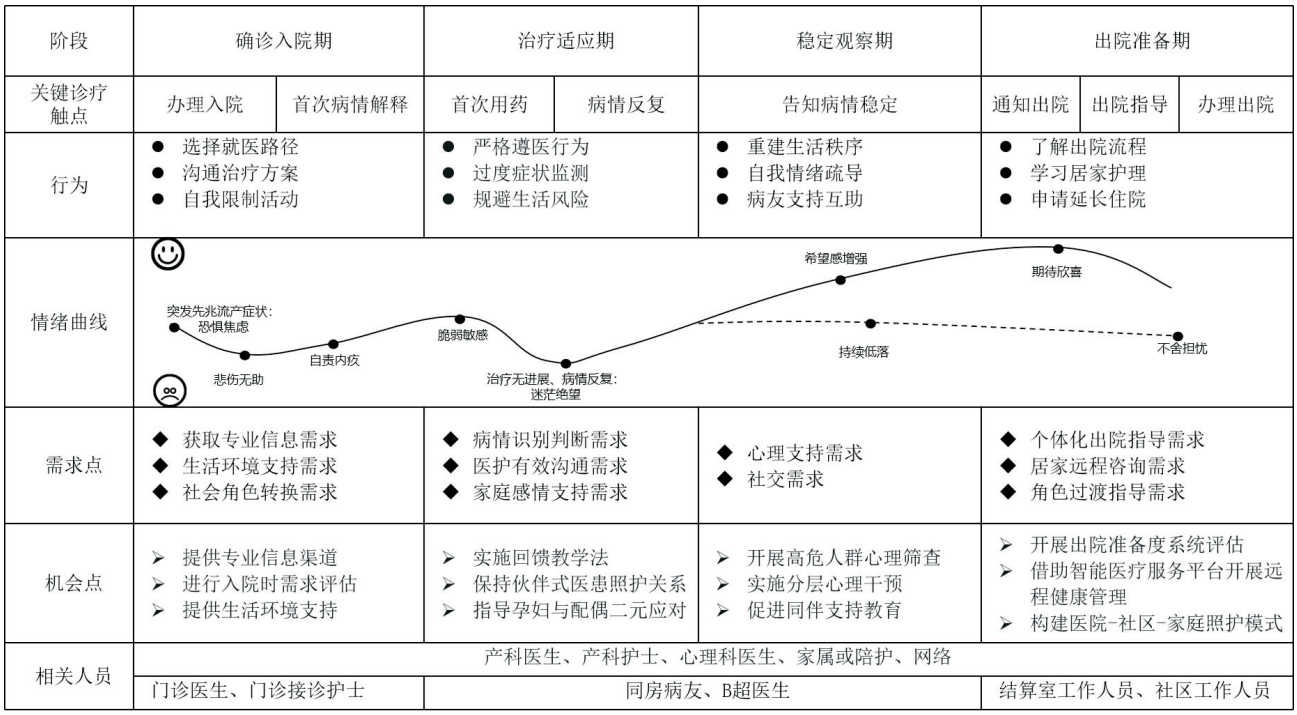


图 1　先兆流产孕妇初次住院期间健康管理的旅程地图

2.2.1.2　情绪　①焦虑恐慌。孕妇因担忧胎儿安危普遍存在焦虑恐慌情绪。P3："出血对宝宝生长发育是否有影响，很担心。"P8："医生说有流产的风险，瞬间觉得天都塌了，不知道该怎么办，越想越慌。"②悲伤无助。受病情不确定性及治疗被动性影响，孕妇易产生无力感与低落情绪。P14："很伤心，停不下来地想，忍不住地哭，不知道能否保胎成功。"P12："除了躺在床上，什么都做不了，这种无力感太难受了。"③自责内疚。部分孕妇将先兆流产归因于自身因素，产生强烈自责与内疚情绪。P5："我有妊娠期糖尿病，是不是每天练瑜伽、过度节食引起的，都怪我自己。"P4："每天上下班走路需要爬楼梯，来回四趟，可能是每次上下楼梯时动作幅度太大引起的，特别后悔。"

2.2.1.3　需求点　①获取专业信息需求。孕妇普遍缺乏疾病治疗相关信息，而网络上信息难以甄别，希望获取医护人员专业的信息指导。P2："医生讲完之后，我又去小红书上查资料，发现走路孕囊容易掉出来，吓得我使用便盆在床上解大小便，不知道这样做到底有没有作用。"P6："网上刷到各种保胎禁忌内容，不知道哪些真能信，只想听医护人员正规讲解。"②生活环境支持需求。多数孕妇希望提供安静舒适的休养环境，少数孕妇因急诊入院有基本生活照护需求。P7："病房里太吵了，我睡眠很浅，希望可以住单间。"P5："没有家属陪同，日常吃饭打水这些小事需要有人帮助我。"③社会角色转换需求。部分孕妇入院后亟须将家庭照料、工作职责等事务托付给他人，以解除原有角色负担，安心进入治疗状态。P11："需要联系家里人过来照顾孩子，我现在是患者了，也需有个人来照顾。"P6："向老板请了病假，还需要与公司同事进行工作交接。"

2.2.2　治疗适应期

2.2.2.1　行为　①严格遵医行为。多数孕妇严格遵从诊疗安排。P1："每天配合护士完成听胎心、输液等各项操作。"P9："夜间也会定闹钟服药，不敢疏忽。"②过度症状监测。少数孕妇精神高度紧绷，对阴道流血、宫缩等异常变化过度监测，扰乱正常休息。P14："无法安心睡觉，每天凌晨 3 点定闹钟醒来查看出血宫缩情况。"P12："基本每 2 小时都会去厕所看看有没有阴道出血。"③规避生活风险。部分孕妇基于自身判断，主动规避可能加重病情的日常行为。P4："觉得过热的水洗澡会引起宫缩，所以改用温水。"P6："主动戒掉奶茶这类饮品，担心影响病情。"P12："不敢吃车厘子，感觉这次是吃多了才出血的。"

2.2.2.2　情绪　①脆弱敏感。部分孕妇易因细微事件引发情绪波动，产生脆弱敏感的情绪。P10："家人稍有语气变化或是陪伴变少，心里就容易委屈难过，情绪极易受到牵动。"P8："一点身体不舒服就忍不住胡思乱想，总往最坏的地方揣测，整日心神不宁。"②迷茫绝望。少数孕妇因病情无明显改善或反复波动，内心陷入迷茫，甚至产生绝望心理。P11："血压控制不理想，入院后出血症状也不见好转，对继续保胎很迷茫。"个别孕妇甚至出现极端想法，P13："病情反反复复一直不稳定，有时候想还不如死掉算了。"

2.2.2.3　需求点　①病情识别判断需求。部分孕妇希望能自己识别正常生理反应与危险病情信号。P2："护士让我按时数胎动，我却分不清胎动和肠胃蠕动，

不知道怎么分辨。”P5：“阴道出现少量淡粉色分泌物，无法判断是不是病情加重。”②医护有效沟通需求。部分孕妇渴望得到医护具体、有针对性的病情回应，而非简单安慰。P3：“查房时大多是医护之间交流病情，希望我也能参与进去。”P14：“我跟护士说我很担心宝宝，她就说‘别担心，没事的’。但我真正想知道的是‘宝宝现在什么情况？这个检查结果正不正常’，她根本没回答我的问题。”③家庭感情支持需求。部分孕妇渴望获得家庭正向的情感支持，尤其是伴侣的关心与陪伴。P7：“每次我上厕所发现出血，婆婆神情立刻变得紧张，弄得我心里也跟着忐忑不安。”P6：“卧床休养心理压力大，特别希望老公能多陪伴开导，可他只顾着玩游戏，(我)内心更伤心。”

2.2.3 稳定观察期

2.2.3.1 行为 ①重建生活秩序。多数孕妇通过规划日程、调整舒适卧床等方式重建生活的节奏。P6：“规划好每天的时间，9：00 追剧，15：00 胎教，21：00 睡觉，按时执行。”P1：“我把床尾摇高一点，臀部下面垫一个枕头，让自己躺得舒适。”②自我疏导。部分孕妇有意识地采用正念、音乐、自我激励等方法自我调节。P8：“每次做完 B 超，不管结果好坏，我都会跟家里人说喜提一周，用这种方式给自己打气。”P4：“治疗时会拉上床帘，安静地享受喜欢的音乐，沉浸在自己的节奏里，心里就会平静些。”③病友支持互助。部分孕妇主动与同病房病友交流经验，病友间相互支持。P12：“同病房孕周相仿的病友对我帮助很大，她会教我起床、洗澡、活动等注意事项，我也会把自己的经验教给下一个病友。”

2.2.3.2 情绪 ①希望感增强。随着病情趋于稳定，多数孕妇心态逐渐平和，对妊娠结局充满希望。P7：“病情基本稳定了，也感觉宝宝在肚子里日益活泼，期待复查后顺利出院。”P2：“不再频繁查阅各类网络信息徒增烦恼，放平心态安心静养即可。”②持续低落。少数孕妇因生育压力，仍过度担忧病情复发与妊娠风险，持续情绪低落。P13：“孩子是我的希望，就算暂时没有出血了，还是总怕再次出状况，心里始终很担心。”

2.2.3.3 需求点 ①心理支持需求。少数孕妇病情稳定后仍难以放松，需要持续的心理支持。P14：“我心里比较容易多想，加上出血总是反反复复，心里一直不敢松懈，希望有人开导我。”②社交需求。长期卧床休养致使日常社交中断，脱离亲友与外界生活环境，部分孕妇存在社交需求。P11：“住院之后整日待在病房心里憋闷，特别想找人说说话、聊聊天。”P9：“天天困在病房里太过枯燥难熬，希望能够出去走动，回归正常生活状态。”

2.2.4 出院准备期

2.2.4.1 行为 ①了解出院流程。多数孕妇临近出院主动咨询医护人员出院流程。P5：“我提前打听好出院办理步骤，备好相关东西，免得当天手忙脚乱。”②学习居家护理。孕妇认真学习出院居家护理知识。P11：“我听得很认真，还用笔记本仔细记录。”P8：“原本想着回家就长期卧床静养，听完护士叮嘱，才懂得要循序渐进适当活动。”③申请延长住院。少数孕妇因担忧病情复发，向医护人员申请延长住院观察时间。P13：“我不想出院，想在这里住到 28 周。”P10：“医生让我明天出院，我申请再观察一天。”

2.2.4.2 情绪 ①期待欣喜。多数孕妇即将出院表示期待欣喜。P2：“医生说明天可以出院，心里特别开心，立马就开始收拾东西。”P4：“在医院住了快一个月，天天盼着回家，总算要回去了。”②不舍担忧。少数孕妇不舍医院安全稳妥的专业照护，同时担忧居家无法自我照顾。P12：“住在医院心里特别踏实，医护随叫随到照顾周全，有点舍不得。”P14：“马上回家休养心里很不安，就怕自己照顾不好，导致病情反复。”

2.2.4.3 需求点 ①个体化出院指导需求。部分孕妇表示出院指导采用统一模板，难以满足个体化需求。P9：“出院前护士说的注意事项太多，根本记不牢。”P3：“希望根据我的恢复情况，单独告诉我该怎么休养，不要统一讲。”②居家远程咨询需求。部分孕妇希望出院后仍能获得医护专业指导。P6：“在家遇到身体不舒服或者不懂的，希望远程有专业人员指导我。”P1：“出院之后没人叮嘱，心里没底，很需要居家也能咨询医护人员。”③角色过渡指导需求。部分孕妇对于出院后如何从患者角色向家庭成员、工作者等角色过渡感到困惑，存在角色过渡指导需求。P5：“只知道需要静养休息，不清楚多久能做家务、参与家里日常事务。”P6：“很想早点回归工作，却拿不准身体条件是否允许，不知道何时复工最合适。”

3 讨论

3.1 提供疾病信息和生活支持，协助孕妇角色转化

Lynch[13]将角色理论与社会认知相整合，指出进入新角色需要认知上的适应与调整，以有效执行角色行为。本研究发现，确诊入院期孕妇因急诊入院面临突发角色转化，缺乏疾病专业知识导致恐慌焦虑，被动参与健康管理。研究证实，对自身病情相关信息掌握不足，是孕妇产生焦虑最主要的诱因之一[14]。因此，疾病认知是角色适应的前提，通过及时、充分的信息支持帮助孕妇明确自身角色，建立对自身所处情境的控制感。同时，本研究发现，孕妇在疾病认知不足时，习惯从网络上查阅信息。研究显示，87％的孕妇使用互联网获取妊娠信息，但医护人员仍被认为是最可信赖的信息源[15]。据此，医护人员应将专业信息通过医院官方公众号、视频号等权威平台推送，引导孕妇从盲目的网络搜索转向可信赖的专业信息渠道。此外，住院病区环境不佳、就餐困难、无陪护等基本生活需求缺失问题，持续消耗孕妇的心理资源，削弱其应

对疾病与适应新角色的能力。完善的生活支持可有效缓解孕妇身心压力，提升就医获得感[6]。因此，办理入院时进行需求评估[16]，了解孕妇在用品、就餐、陪护等基础需求方面的实际困难，针对性提供便民物资包与生活协助，重点关注无陪护孕妇；同时协助孕妇梳理家庭与工作事务，帮助其完成从社会角色向患者角色的调整，为后续自我管理奠定基础。

3.2　实施医护－家庭协同支持，提高孕妇自我监测能力　治疗适应期是孕妇掌握疾病相关知识、症状监测与自我管理技能的关键时期。本研究发现，治疗适应期孕妇在病情识别判断、医护有效沟通与家庭情感支持方面均存在不足，导致其难以将医护健康教育指导转化为正确的自我管理行为，亟须构建医护－家庭双向协同的支持体系。在医护层面，回馈教学法[17]通过进行知识讲解、实操示范、复述回授、纠错巩固闭环式指导，可有效提升孕妇技能掌握的精准度，并促进医护患互动沟通。同时，构建相互信任、相互尊重、相互沟通的伙伴式医患照护关系[18]，倾听孕妇心理真实诉求，让孕妇主动参与症状管理，提高其治疗信心与自我管理主动性。在家庭层面，研究证实配偶支持可有效助力孕产妇健康管理，优化妊娠结局[19-20]。据此，护理人员可将孕妇与配偶视为共同健康管理的二元体[21]，主动引导配偶参与孕妇日常症状监测及行为管理过程，同时带动其他家属为孕妇提供正向支持及情绪安抚，减轻孕妇自我管理负担。

3.3　重视孕妇情绪波动，实施分层心理支持　先兆流产孕妇因病情不确定、胎儿预后未知，住院期间普遍存在较高的心理应激风险。研究显示，高达48.8%的先兆流产孕妇存在焦虑高风险[20]，负性情绪可削弱孕妇的健康管理行为与治疗依从性，进而影响妊娠结局。本研究情绪曲线显示，情绪低谷出现在首次病情解释与病情反复节点，提示情绪支持应精准对应低谷节点，而非均匀分布在整个住院周期。因此，建议在首次病情解释、病情反复、出院准备等关键节点主动实施预防性心理疏导，开展动态心理评估，采用围产期标准化评估工具进行筛查。同时，本研究发现，稳定观察期是孕妇情绪分化的关键阶段，多数孕妇随病情稳定希望感增强，但仍有部分孕妇情绪持续低落。特别需关注有精神心理疾病既往史、社会支持薄弱、情绪与行为异常等人群的筛查[22]，根据评估结果分层提供心理支持。低危者常规心理护理，中危者可进行认知疏导与放松训练，高危者及时启动产科、临床心理科多学科协作，纳入高危孕产妇专案管理。同时，积极开展同伴教育[23]，通过观察学习与互动反馈缓解社交孤立感，巩固心理支持效果。

3.4　提升出院准备度，强化护理服务连续性　出院准备状态是衡量患者居家康复适应性的核心指标，医院－社区过渡期是患者健康管理的脆弱节点[24]。本研究发现，出院准备期孕妇存在个体化出院宣教、居家远程咨询、角色过渡指导的需求。因此，出院前采用结构化方法评估孕妇的出院准备状态，可以从个人状态、疾病知识、应对能力、社会支持4个维度进行系统评估[25]，针对评估结果提供个性化出院指导。同时，依托智能医疗服务平台推送就医指引、异常症状判别、居家照护规范、饮食运动调养及复诊提示等个体化健康内容，同步开放线上咨询渠道，方便孕妇居家期间及时反馈身心状况，医护人员实时开展线上答疑与专业干预。在此基础上，借鉴“互联网＋母婴居家护理”服务模式的实践经验，构建医院－社区－家庭一体化联动照护体系，实现院内干预、居家管护与社区随访的闭环管理，确保健康管理的连续性与有效性。

4　结论

通过构建先兆流产孕妇初次住院健康管理旅程地图，医护人员可以更好地识别和解决孕妇在确诊入院期、治疗适应期、稳定观察期、出院准备期遇到的健康管理需求，从而提升护理服务质量与孕妇自我管理能力。然而，旅程地图的应用也面临着一些挑战，如静态呈现的限制、医护人员理解和执行的差异，以及先兆流产病情非线性波动带来的复杂性等。因此，在未来的实践中，可以尝试结合数字与智能技术优化旅程地图，不断探索和完善其构建和应用方法，以更好地满足先兆流产孕妇的健康管理需求。

参考文献：

[1] 孔北华，马丁，段涛，等. 妇产科学[M]. 10版. 北京：人民卫生出版社，2024：75.

[2] 楼云霞，杨方纬，丁爱娟，等. 先兆流产患者血浆蛋白A抗苗勒管激素及催乳素水平变化与妊娠结局的相关性分析[J]. 中国妇幼保健，2025，40(17)：3206-3210.

[3] 孙方圆. 先兆流产患者心理弹性与社会支持、应对方式的相关性研究[D]. 济南：山东大学，2017.

[4] Pillai R N，Konje J C，Tincello D G，et al. Role of serum biomarkers in the prediction of outcome in women with threatened miscarriage：a systematic review and diagnostic accuracy meta-analysis[J]. Hum Reprod Update，2016，22(2)：228-239.

[5] 黄椿汉，黄慧珍，王敏. 先兆流产孕妇保胎治疗后发生不良妊娠结局的危险因素分析及预测指标研究[J]. 中国妇幼保健，2024，39(1)：81-84.

[6] 苏慧明. 在先兆流产护理中应用集束化护理的效果及对患者生活质量的改善研究[J]. 黑龙江中医药，2020，49(6)：320-321.

[7] 丁瑰玲，曾佩. 寿胎丸加减内服联合保胎膏外敷治疗早期先兆流产临床疗效[J]. 辽宁中医杂志，2024，51(1)：129-132.

[8] Philpot L M，Khokhar B A，DeZutter M A，et al. Creation of a patient-centered journey map to improve the patient experience：a mixed methods approach[J]. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes，2019，3(4)：466-475.

[9] Yao Y，He T，Tian X. The experience of patients with endocrine therapy for breast cancer：a patient journey

map based on qualitative research[J]. Curr Oncol,2024,31(10):5873-5888.
[10] 周紫凤,周静. 突发性耳聋伴耳闷患者健康管理旅程地图研究[J]. 护理学杂志,2025,40(10):79-83.
[11] Simonse L, Albayrak A, Starre S. Patient journey method for integrated service design[J]. Des Health,2019,3(1):82-97.
[12] 陆华贞,金园园,李惠玲. 3 种内容分析法在护理质性研究中的应用进展[J]. 中华护理杂志,2024,59(11):1405-1409.
[13] Lynch K D. Modeling role enactment:linking role theory and social cognition[J]. BMC Health Serv Res,2007,37(4):379-399.
[14] Mirtabar S M, Barat S, Kheirkhah F, et al. Experiences of women with threatened abortion: a qualitative study of pregnant women and health providers in Iran[J]. BMC Health Serv Res,2025,25(1):550.
[15] Oyman O, Fest J, Zimmermann R, et al. Information gathering about pregnancy, birth, and puerperium: good and fake information[J]. Int J Environ Res Public Health, 2023,20(6):4848.
[16] 陈倩,刘义兰,胡德英,等. 人文护理临床实践要素与护理程序的探讨[J]. 护理学杂志,2023,38(6):83-87.
[17] Zare-Kaseb A, Zeydi A E, Bakhtiari-Dovvombaygi H, et al. Effects of education based on teach-back methods on self-care and quality of life of the patients with heart failure:a systematic review[J]. BMC Cardiovasc Disord, 2024,24(1):591.
[18] Jónsdóttir H, Halldórsdóttir B S, Ingadóttir T S. Partnership-based nursing practice framework for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and their families:a discursive paper[J]. J Adv Nurs,2024,80(4):1370-1379.
[19] Ip P N P, Ng K, Wan O Y K, et al. Cross-sectional study to assess the psychological morbidity of women facing possible miscarriage[J]. Hong Kong Med J,2023,29(6):498-505.
[20] Zhu C S, Tan T C, Chen H Y, et al. Threatened miscarriage and depressive and anxiety symptoms among women and partners in early pregnancy[J]. J Affect Disord,2018,237:1-9.
[21] 王娟,李佳欢,黄永琪,等. 妊娠并发症患者与配偶二元应对的潜在剖面分析及与焦虑症状的相关性[J]. 护理学杂志,2022,37(23):75-78.
[22] 蒋成刚,漆洪波. 美国妇产科医师学会妊娠和产后心理健康评估和管理指南(2023)解读[J]. 实用妇产科杂志,2024,40(6):453-458.
[23] 胡桂风,张志佳,蒲丛珊,等. 基于专业培训的同伴教育在妊娠期糖尿病患者中的应用研究[J]. 中华护理杂志,2025,60(4):425-432.
[24] Weerahandi H, Williams M V, Rosenthal M A, et al. Heterogeneity and misaligned incentives in discharge transition programs:insights from a multisite rapid qualitative study[J]. J Hosp Med,2026.
[25] 田演娇,印琴琴. Meleis 转移理论专项干预对 HDP 孕产妇出院准备的影响[J]. 中国计划生育学杂志,2024,32(11):2565-2568.

(本文编辑 韩燕红)

(上接第 33 页)

[10] Mehrotra R, Davison S N, Farrington K, et al. Managing the symptom burden associated with maintenance dialysis:conclusions from a Kidney Disease:Improving Global Outcomes (KDIGO) controversies conference[J]. Kidney Int,2023,104(3):441-454.
[11] Hnynn Si P E, Hernández－Alava M, Dunn L, et al. The trajectory of a range of commonly captured symptoms with standard care in people with kidney failure receiving haemodialysis:consideration for clinical trial design[J]. BMC Nephrol,2023,24(1):341.
[12] 田碧文,杨小莹,田志武,等. 血液透析患者透析后疲劳的同期症状网络分析[J]. 中国血液净化,2025,24(12):984-987,1014.
[13] Bossola M, Mariani I, Piccinni C P, et al. Symptom burden in patients on maintenance hemodialysis: prevalence and severity 17 years apart[J]. J Clin Med,2024,13(18).
[14] 肖雯怡,陶馨,李娟娟,等. 维持性血液透析患者症状群及前哨症状的研究[J]. 中国血液净化,2025,24(4):348-352.
[15] 王颖,毕慧欣. 维持性血液透析患者皮肤瘙痒相关机制的研究进展[J]. 中国血液净化,2021,20(1):43-46.
[16] 中华国际医学交流基金会中华肾脏病防治专项基金专家委员会. 慢性肾脏病相关瘙痒管理中国专家共识(2025年版)[J]. 中华肾脏病杂志,2025,41(7):555-566.
[17] 王楠,王国蓉,施雯停,等. 维持性血液透析患者皮肤瘙痒影响因素的系统评价和 Meta 分析[J]. 中国现代医生,2024,62(36):46-51.
[18] 何璐晨,张红梅,常立阳,等. 维持性血液透析患者症状网络的特征分析[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2025,26(7):612-615.
[19] Casaux-Huertas A, Sánchez-Tocino M L, San Juan-Miguelsanz M, et al. Fatigue and related sleep disturbances in hemodialysis patients: prevalence, associated factors, and the Influence of nutritional status[J]. Nutrients, 2025,18(1).
[20] Sun X, Qu Z, Zhang X, et al. The effects of sleep deprivation on cognitive flexibility:a scoping review of outcomes and biological mechanisms[J]. Front Neurosci, 2025,19:1626309.
[21] 罗艳,郭妮娜,汪茂宝,等. 正念认知疗法对维持性血液透析女性患者心理状态及睡眠的影响[J]. 中国医药导报,2024,21(13):70-73.
[22] 任颖斌,平嘉溜,赵湘. 维持性血液透析患者生存质量与负性情绪的相关性分析[J]. 浙江临床医学,2019,21(11):1522-1524.

(本文编辑 黄辉,吴红艳)